-

Alla Segreteria Organizzativa
Indirizzo mail :formazione.ecm@ideaprisma.it
Tel: 329.6844353

SCHEDA DI ISCRIZIONE
Roma, 15 novembre 2025

Il/ La sottoscritto/a (NOME/COGNOME) _____

Nato/a a_____ Prov ._____il **_____ Residente a _____**

Prov ._____ in _____ c.a.p ._____ Cell_____

Codice Fiscale_____ P.Iva _____

La fatturazione elettronica obbligatoria tra privati e verso i consumatori entrerà in vigore dal 1° gennaio 2019 (legge di Bilancio 2018 - L. 205/179).
E-mail PEC_____
Specificando il Vostro Codice Destinatario_____

E.mail _____

Laureato in _____

Partecipante Reclutato ☐ NO ☐ SI Specificare _____
Si considera reclutato il professionista sanitario che, per la partecipazione ad eventi formativi, beneficia di vantaggi economici e non economici, diretti ed indiretti, da parte di imprese commerciali operanti in ambito sanitario.

Disciplina (campo obbligatorio per Medico Chirurgo e Psicologo) _____

N°iscizione Ordine Professionale(campo obbligatorio) _____ _____

☐ RICHIEDENTE ECM **☐ NON RICHIEDENTE ECM**

LIBERO PROFESSIONISTA	DIPENDENTE	CONVENZIONATO	PRIVO OCCUPAZIONE
☐	☐	☐	☐

Chiede di essere ammesso al corso:

DISGRAFIA.
Dalla valutazione al trattamento: un modello riabilitativo.

Come sei venuto a conoscenza dell'evento?_____

Struttura/Ente di provenienza _____

INTESTAZIONE FATTURA. Comunicare alla segreteria Organizzativa i dati per la fatturazione, se diversi da quelli sopra indicati, con almeno 10 giorni di anticipo.
Il pagamento dovrà essere effettuato indicando la causale **"Disgrafia Novembre2025"**
Intestato a : **Idea Prisma 82 Cooperativa Sociale**
Banca BNL GRUPPO BNP PARIBAS IBAN: IT 77 I 01005 03236 0000 0000 3521
In caso di Non raggiungimento del numero minimo di partecipanti scrivere il proprio IBAN per la restituzione della quota versata:_____

Accettazione del Regolamento
La sottoscrizione della Scheda di iscrizione comporta l'accettazione del Regolamento (vedi www.ideaprisma.it)
Per l'ammissione e la frequenza dei partecipanti al Corso, è necessaria l'accettazione del Regolamento che troverete nel nostro sito
Trattamento dei dati personali
Ai sensi del Regolamento Europeo 679/2016 – Regolamento generale per la Protezione dei dati personali, il sottoscritto, avendo letto e compreso l'informativa, autorizza il trattamento - sia su supporto informatico che cartaceo - dei dati forniti ai soli fini del Corso e della procedura ECM, in particolare ai fini della trasmissione alla Commissione Nazionale per la formazione Continua di tutti i dati necessari per la compilazione del modulo "elenco e recapiti dei partecipanti" e del rilascio dell'attestato finale, nella piena tutela dei propri diritti della riservatezza dei dati.
Dichiaro, inoltre di aver letto la "INFORMATIVA PARTECIPANTI" Informativa NAZIONALE Partecipanti corsi ECM).

DATA _____

FIRMA DEL RICHIEDENTE

_____

N.B. TUTTI I DATI RICHIESTI DEVONO ESSERE COMPILATI OBBLIGATORIAMENTE.
Si prega di scrivere in stampatello.